



Altra documentazione sanitaria (referti, verbali di pronto soccorso, cartelle ambulatoriale o domiciliare): **richiesta di copia**

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

il diretto interessato

il genitore (che esercita la responsabilità genitoriale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

il tutore il curatore l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

l'erede

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

CHIEDO

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

la copia cartacea del referto della prestazione ambulatoriale (specificare il tipo di visita o esame)

eseguita in data | nella struttura sanitaria (specificare il nome e il luogo)

la copia cartacea del verbale di pronto soccorso rilasciato in data

dall'ospedale di *(specificare il comune)*

la copia cartacea la copia in formato digitale

di *(specificare la documentazione richiesta, ad esempio: cartella clinica ambulatoriale o domiciliare ecc.)*

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ritirare la copia cartacea di persona negli uffici dell'AUSL

fare ritirare la copia cartacea a una persona delegata

ricevere la copia cartacea per posta, con spese postali a mio carico, all'indirizzo *(specificare solo se diverso da quello già indicato)*

Via

Comune

CAP

Prov.

ricevere la copia digitale a questo indirizzo di posta elettronica **certificata - PEC** *(specificare)*

ACCETTO DI

- pagare in anticipo il costo della copia della documentazione, in base alle tariffe aziendali

ALLEGO

- la copia di un documento di identità in corso di validità

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma *(per esteso e leggibile)*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere la copia della documentazione sanitaria

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica
- per fax
- per posta ordinaria.

Tariffe

La copia del referto di una prestazione ambulatoriale e la copia del verbale di pronto soccorso vengono fornite solo in cartaceo e hanno ognuna un costo di 3 euro.

La copia cartacea di altri tipi di documentazione sanitaria (ad es. una cartella clinica ambulatoriale o domiciliare ecc.) ha, un costo che si basa sul numero dei fogli:

- 15 euro, fino a 50 fogli
- 25 euro, da 51 a 150 fogli
- 35 euro, oltre i 150 fogli.

La copia in formato digitale di altri tipi di documentazione sanitaria (ad es. una cartella clinica ambulatoriale o domiciliare ecc.) ha un costo di 10 euro.

Dove e come pagare

Per effettuare il pagamento segua le indicazioni riportate sul foglio che le verrà fornito dall'operatore al momento della presentazione della richiesta oppure inviato per posta elettronica. Dopo il pagamento, deve presentare la ricevuta/scontrino (di 3 euro per la copia del referto di prestazione ambulatoriale o del verbale di pronto soccorso; 15 euro come tariffa base per ogni copia cartacea della cartella clinica ambulatoriale o domiciliare; 10 euro per la copia in digitale della cartella clinica ambulatoriale o domiciliare) con la stessa modalità con cui ha presentato la richiesta e saldare l'eventuale differenza al momento del ritiro. Insieme al foglio di pagamento, conservi la ricevuta/scontrino che può essere usata a fini fiscali ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di legge vigenti.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Tipo e numero del documento di identità
data ritiro documentazione
firma (<i>L'operatore</i>)
firma (<i>Il richiedente</i>)